PROTOCOLE NATIONAL 2014

SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2013

RESEAU ATB RAISIN

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

CClin Ouest

COMITE DE PILOTAGE « ATB-RAISIN »

S. ALFANDARI	SPILF
X. BERTRAND	Laboratoire de microbiologie, CHU de Besançon
S. BOUSSAT	CCLIN Est
AC. CREMIEUX	Comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques
C. DUMARTIN	CCLIN Sud-Ouest
M. GIARD	CCLIN Sud-Est
A. INGELS	CCLIN Ouest
P. JARNO	CCLIN Ouest
F. L'HÉRITEAU	CCLIN Paris-Nord
L. LACAVÉ	CCLIN Paris-Nord
A. MACHUT	CCLIN Sud-Est
L. MOUCHOT	CCLIN Est
M. PÉFAU	CCLIN Sud-Ouest
E. REMY	OMEDIT Haute-Normandie
AM. ROGUES	CCLIN Sud-Ouest et Service d'hygiène hospitalière, CHU Bordeaux
B. SCHLEMMER	Comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques
S. TOURATIER	Pharmacie, GH St Louis, Paris
S. VAUX	InVS

Coordination : CCLIN Sud-Ouest

SOMMAIRE

Page

I. Contexte de la surveillance 4

II. Intérêt de la surveillance en réseau 5

III. Objectifs 6

IV. Méthode 6

IV.1. Période de surveillance 6

IV.2. Etablissements inclus dans la surveillance 6

IV.3. Etablissements non inclus dans la surveillance 6

IV.4. Activités incluses dans la surveillance 7

IV.5. Activités exclues de la surveillance 7

IV.6. Recueil et saisie des données 7

IV.6.1. Données recueillies concernant l'activité de l'établissement 7
IV.6.2. Données recueillies concernant la consommation des antibiotiques 8
IV.6.3. Volet optionnel : Données sur les consommations d'antifongiques 8
IV.6.4. Recueil et saisie des données sur les consommations d'antibiotiques par secteurs d'activité 8
IV.6.5. Volet optionnel : Données sur les résistances aux antibiotiques de certaines bactéries 9

IV.7. Analyse des données 10

IV.8. Diffusion des résultats 10

Références 11

Annexes

Annexe 1 : Description de l'établissement 12
Annexe 2 : Résistances bactériennes 13
Annexe 3 : Liste des DDJ utilisées 14
Annexe 4 : Aide à l'utilisation des données de consommation et de résistance bactérienne 17
Annexe 5 : Calendrier de la surveillance 21

ACTUALISATIONS PAR RAPPORT AU PROTOCOLE DE SURVEILLANCE 2013

(portant sur les données 2012)

1. Nouvel antibiotique ajouté :

- Ceftaroline 600 mg IV code ATC J01DI02 (avec DDJ 2014 : 1,2 g)

2. Suppressions

- Cefatrizine code ATC J01DB07 (dernière présentation supprimée en 2012)
- Ceftobiprole code ATC J01DI01
- Nitrofurantoine suspension buvable 0,025 g code ATC J01XE01

3. Données administratives : recueil obligatoire du nombre d'admissions directes en court séjour et dans l'ensemble de l'établissement (était optionnel avant)

4. Volet optionnel : **recueil des consommations d'antifongiques,** en hématologie, en réanimation, et dans l'ensemble de l'établissement

- suppression du kétoconazole (AMM en tant qu'antifongique suspendue en 2011)

Rappel des actualisations 2012, conservées en 2013

Données administratives : recueil obligatoire du nombre de lits en court séjour, et pour l'ensemble de l'établissement

La surveillance de la consommation des antibiotiques « ATB-RAISIN » s'intègre dans la politique nationale de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne [1-8]. Coordonnée par les CCLIN, elle est réalisée dans le cadre du RAISIN, le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales, sous l'égide de l'InVS, comme la surveillance des infections à bactéries multirésistantes et d'autres infections associées aux soins (http://www.invs.sante.fr/raisin/).

La méthode proposée tient compte des recommandations nationales pour le suivi de la consommation des antibiotiques (dans le cadre des indicateurs de bon usage des antibiotiques du tableau de bord des infections nosocomiales et de l'accord cadre national concernant le bon usage des antibiotiques) [9-11]. Il s'agit d'une méthodologie portant sur un tronc minimum commun de données à recueillir. Chaque CCLIN, en fonction de ses priorités d'action, peut compléter ce tronc commun et proposer aux établissements de santé (ES) de son inter-région une surveillance comportant le recueil de données complémentaires (portant notamment sur la politique d'utilisation des antibiotiques et la résistance bactérienne). Cette surveillance s'intègre dans les actions 11 et 12 du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 [2].

I. CONTEXTE DE LA SURVEILLANCE

Devant la fréquence élevée des bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France, et le constat de prescriptions inappropriées d'antibiotiques, des recommandations ont concerné, d'une part la maîtrise de la diffusion des souches résistantes, d'autre part le bon usage des antibiotiques [1-8]. Après le premier plan national d'actions pour préserver l'efficacité des antibiotiques, annoncé par B. Kouchner le 20 novembre 2001 [1], l'évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique du plan antibiotiques en 2010 a contribué à l'élaboration de la troisième phase du plan 2011-2016 [2, 12]. La politique développée en France correspond aux recommandations du conseil de l'Union Européenne en matière de surveillance de la résistance aux antibiotiques et de l'utilisation des antibiotiques tant au niveau national qu'au niveau européen [13-16].

Dans les ES, les activités visant le bon usage des antibiotiques s'intègrent dans le champ général de l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et de la politique du médicament. Chaque ES doit établir un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et élaborer des préconisations de prescription des médicaments notamment les antibiotiques (article R. 6111-10 du Code de la santé publique). Dix ans après la circulaire du 2 mai 2002 [6, 17] qui avait indiqué les orientations à mettre en œuvre pour le bon usage des antibiotiques dans les ES, le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 a confirmé la nécessité de désigner dans les ES un référent en antibiothérapie, chargé d'organiser le conseil thérapeutique et diagnostique et d'assister la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi.

Pour suivre l'impact des actions mises en place et pour les adapter aux évolutions de la situation locale, les ES sont incités à surveiller les résistances bactériennes et la consommation des antibiotiques et à confronter les évolutions de ces deux indicateurs [1-8, 11]. Dans le cadre du tableau de bord des infections nosocomiales, tous les ES doivent suivre la consommation des antibiotiques et produire un indicateur composite reflétant la politique de bon usage des antibiotiques (ICATB) [11]. La version 2 de cet indicateur valorise la réalisation de la surveillance des consommations d'antibiotiques et l'analyse des données dans un objectif d'amélioration de l'utilisation de ces médicaments. Des antibiotiques, dont la surveillance et la dispensation nominative sont prioritaires, sont ciblés comme les carbapénèmes, les fluoroquinolones et les céphalosporines de troisième génération.
Enfin, les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, conclus entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé, permettent de contractualiser sur le respect de recommandations de bon usage et comportent des indicateurs de suivi [10, 18] dans le cadre général de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du Code de la santé publique). Au niveau national, un objectif de réduction des consommations des antibiotiques (ville+hôpital) de 25 % en 5 ans a été défini dans le cadre du plan d'alerte 2011-2016 [2].

II. INTERET DE LA SURVEILLANCE EN RESEAU

La surveillance des consommations d'antibiotiques en réseau permet **d'apporter des informations** utiles sur le profil d'utilisation des antibiotiques au sein d'un établissement et d'un secteur d'activité clinique.

En effet, l'analyse et la présentation des données de consommation d'antibiotiques détaillée par type d'établissement, et par type d'activité médicale, permettent à chaque participant de se situer par rapport à un ensemble d'établissements et d'activités le plus homogène possible [19]. L'analyse des différences observées facilite **l'identification de pistes de travail**, notamment d'évaluation de pratiques.
Cette surveillance permet également de **mettre en parallèle les consommations d'antibiotiques avec les données de résistance bactérienne** recueillies dans le cadre du volet optionnel de cette étude ou dans le cadre d'une autre surveillance, afin d'interpréter au mieux les données [1-2, 6-7, 11].
Enfin, la participation à un réseau facilite les **partages d'expérience sur les pratiques et les résultats** avec les collègues d'autres établissements du réseau.

Les données de ces surveillances sont utiles tant au niveau national, qu'au niveau régional, pour les CCLIN/ARLIN et les OMEDIT régionaux, dont les commissions spécifiques aux anti-infectieux rassemblent notamment infectiologues, pharmaciens, microbiologistes, hygiénistes, en particulier pour l'animation locale de réseaux de professionnels concernés par le bon usage des antibiotiques et la résistance bactérienne. Dans les inter-régions proposant cette surveillance depuis plusieurs années, la participation croissante des établissements, avant même la mise en place de l'indicateur ICATB dans le tableau de bord des infections nosocomiales, illustre l'intérêt d'une telle surveillance en réseau.

L'évaluation des pratiques, sur la base des référentiels diffusés par la HAS et les sociétés savantes, est un complément indispensable à la surveillance de la consommation des antibiotiques [20-22 et rubrique «outils d'évaluation des pratiques » sur la page Antibiotiques du site du réseau CCLIN-ARLIN/Nosobase http://nosobase.chu-lyon.fr/Actualites/ATB/JourneeATB.html].

III. OBJECTIFS

- Quantifier et décrire la consommation des antibiotiques dans les différents types d'établissements de santé
- Suivre l'évolution dans le temps des consommations
- Inciter chaque établissement participant :
  - à surveiller la consommation des antibiotiques, en utilisant une méthodologie et des **outils en cohérence avec les recommandations nationales**, et à mettre ses résultats en parallèle avec les résistances bactériennes,
  - à se situer par rapport à des établissements comparables,
  - à analyser les différences, afin d'identifier des pistes d'évaluation complémentaire pour optimiser l'utilisation des antibiotiques (cf **fiche d'aide à l'interprétation des données** accessible sur les sites du RAISIN et du réseau CCLIN/ARLIN [21] et en annexe 4).

Rappel **Volet optionnel antifongiques**

- Quantifier et décrire la consommation des antifongiques
  - dans des secteurs de réanimation et/ou d'hématologie
  - dans différents types d'établissements de santé
- Suivre l'évolution dans le temps des consommations
- Permettre à chaque secteur/ établissement participant :
  - de se situer par rapport à des établissements comparables,
  - d'analyser les différences, afin d'identifier des pistes d'évaluation pour optimiser l'utilisation des antifongiques [23].

IV. METHODE

IV.1. Période de surveillance

Cette étude **rétrospective** concerne la période du 1er janvier au 31 décembre 2013.

IV.2. Établissements inclus dans la surveillance

Tous les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation **complète** sont inclus dans la surveillance à l'exclusion de ceux ayant uniquement une activité d'hospitalisation à domicile.

IV.3. Etablissements non inclus dans la surveillance

Les établissements de santé de type maison d'enfant à caractère sanitaire et social (MECSS), hospitalisation à domicile (HAD) et dialyse ambulatoire ne sont pas concernés par la surveillance (NB : d'autres méthodes d'étude de l'utilisation des antibiotiques peuvent être mieux adaptées).
Les maisons de retraite et les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne sont pas concernés.

IV.4. Activités incluses dans la surveillance

Les hospitalisations complètes (y compris hospitalisation de semaine) dans les secteurs suivants :

- Médecine y compris soins intensifs et surveillance continue, « lits porte » et « unités de très court séjour » ou « hospitalisation de courte durée », à l'exclusion de la pédiatrie et de la réanimation,
  Pour les établissements qui le souhaitent : possibilité d'individualiser les secteurs d'hématologie et de maladies infectieuses en saisissant les données dans les onglets spécifiques.
  Même dans le cas où ces secteurs sont détaillés, les données de l'onglet médecine devront comporter aussi les consommations et journées d'hospitalisation de ces secteurs.
- Chirurgie, y compris bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle, soins intensifs chirurgicaux et surveillance continue, à l'exclusion de la pédiatrie et de la réanimation,
- Réanimation médicale et chirurgicale, à l'exclusion de la pédiatrie
  (Rappel : les statuts des services de réanimation, surveillance continue, soins intensifs sont précisés par les décrets n° 2002-465 et 466 du 5 avril 2002 et la circulaire n° 2003/413 du 27 août 2003 concernant l'activité de réanimation),
- Pédiatrie y compris réanimation et USI pédiatriques et néonatales, chirurgie, SSR pédiatriques, pédopsychiatrie,
- Gynécologie/obstétrique y compris bloc obstétrical,
- Soins de suite et de réadaptation (adultes),
- Soins de longue durée (adultes),
- Psychiatrie (adultes).

La dispensation d'antibiotiques dans les unités de soins intensifs et unités de surveillance continue spécialisées est affectée à la discipline correspondante, en médecine ou chirurgie.

IV.5. Activités exclues de la surveillance

Activités ne correspondant pas à une hospitalisation complète ou de semaine en établissement de santé

- la rétrocession externe,
- les venues (**hospitalisation de jour** ou de nuit, anesthésie ou chirurgie ambulatoire dont IVG),
- les séances (traitements et cures ambulatoires : dialyse, chimiothérapie, radiothérapie ...),
- les journées de prise en charge (hospitalisation à domicile…),
- les consultations,
- les passages (urgences),
- les journées d'hébergement en maisons de retraite et EHPAD,
- les unités de consultations et soins ambulatoires pour les personnes détenues (UCSA).

IV.6. Recueil et saisie des données

Un guide d'utilisation précise le mode d'emploi de l'outil Excel et les modalités de saisie des données.

IV.6.1. *Données recueillies concernant l'activité de l'établissement*

1. **Données administratives** permettant de caractériser l'établissement : type d'établissement, le nombre total de lits et le nombre de lits par secteur d'activité (lits installés et correspondant aux lits d'hospitalisation complète, y compris hospitalisation de semaine).

2. **Données administratives d'activité** :

   2.a. nombre de journées d'hospitalisation. Ces données sont indispensables pour l'expression de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes. Les recommandations nationales privilégient la journée d'hospitalisation comme « dénominateur ». Il s'agit des journées d'hospitalisation complètes, y compris hospitalisation de semaine, facturées en 2013, telles que déclarées dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

   Ces données administratives sont recueillies pour l'établissement dans son ensemble et par secteur d'activité (c'est-à-dire médecine, chirurgie, réanimation,…), en cohérence avec le recueil des

consommations d'antibiotiques (cf. ci-dessous). Ces données sont saisies sur la feuille « Données administratives » du classeur « consoAB-national2013.xls ».

2.b. nombre d'admissions directes. Le nombre d'admissions directes (ou entrées directes) apporte une information complémentaire notamment pour tenir compte des variations d'activité (réduction des durées de séjour). Cette donnée d'activité devient obligatoire.

Nouveau

- nombre d'admissions directes, pour les secteurs de court séjour (hors psychiatrie).
- nombre d'admissions directes dans l'établissement dans son ensemble (dans les secteurs concernés par la surveillance).

Attention : Il est parfois difficile d'obtenir le nombre d'admissions directes (c'est à dire passages intérieurs exclus) car dans certains établissements le chiffre d'admissions est global (directes + passages intérieurs). Il est important de bien insister sur ce point, de comparer les chiffres avec ceux des années précédentes et, si besoin, de valider les chiffres en les confrontant à ceux générés par le DIM.

IV.6.2. *Données recueillies concernant la consommation des antibiotiques*

La quantité d'unités communes de dispensation (UCD) dispensées pour chaque présentation d'un antibiotique, c'est-à-dire le **nombre de comprimés, sachets, ampoules, flacons de solution buvable**… pour chaque forme pharmaceutique commercialisée, sera recueillie à partir des données des pharmacies à usage intérieur (PUI). Le fichier Excel « consoAB-national2013.xls » permet de saisir ces quantités qui sont converties automatiquement en nombre de doses définies journalières (DDJ) pour chaque antibiotique (voir annexe 3 pour la définition des DDJ), puis rapportées à l'activité automatiquement afin d'exprimer l'indicateur de consommation en nombre de DDJ pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) selon les recommandations nationales [9]. Les valeurs de DDJ utilisées sont celles définies par l'OMS et en vigueur au 1er janvier 2013.

- Antibiotiques inclus :
  - les antibiotiques à visée systémique font l'objet du recueil (classification J01 de l'ATC- OMS, version 2013, cf. http://www.whocc.no/atcddd/),
  - les consommations de rifampicine (antituberculeux classé en J04) et imidazolés per os (antiparasitaires classés en P01) sont également relevées.
- Anti-infectieux exclus :
  - les anti-tuberculeux, les anti-viraux et les anti-parasitaires ne font pas l'objet d'un recueil (sauf exceptions mentionnées plus haut : rifampicine et imidazolés per os).
  - les antibiotiques utilisés à visée de décontamination digestive (comprimés de colistine, gélules d'aminosides…) sont exclus.

IV.6.3. *Volet optionnel : Données sur les consommations d'antifongiques*

Les consommations d'antifongiques à visée systémique, à visée non dermatologique (classe ATC J02 de l'OMS) sont recueillies séparément pour l'hématologie et/ou pour la réanimation et/ou éventuellement pour l'établissement dans son ensemble (secteurs d'activité d'hospitalisation complète hors activités exclues, cf IV. 5). La surveillance dans chacun des secteurs étant optionnelle, la surveillance dans un seul (uniquement en hématologie +/- total établissement ou uniquement en réanimation +/- total établissement) est possible. Les données sont saisies, sur le même principe que pour les antibiotiques, dans le fichier Excel « consoAFong-national2013.xls ». Les valeurs de DDJ utilisées sont celles définies par l'OMS et en vigueur au 1er janvier 2013 (annexe 3).

IV.6.4. *Recueil et saisie des données sur les consommations d'antibiotiques par secteurs d'activité*

Pour les établissements donnant le détail des consommations d'antibiotiques dans toutes les activités cliniques qui y sont pratiquées, les consommations seront indiquées dans les feuilles du classeur Excel pour les activités de Médecine, Chirurgie (dont le bloc opératoire), Réanimation, Pédiatrie, Gynéco-Obstétrique, Soins de suite et de Réadaptation, Soins de longue durée, Psychiatrie. Une feuille du classeur Excel permet

alors un calcul automatique, faisant la somme des données saisies dans les feuilles correspondant aux différentes activités cliniques (« total établ automatique »).

> **Attention** : Pour les établissements qui détaillent les consommations des secteurs d'hématologie et/ou de maladies infectieuses, les données saisies en médecine devront comporter aussi les données de ces secteurs, le total établissement automatique étant calculé sans prendre en compte ces secteurs « optionnels ».

Pour les établissements ne donnant pas le détail des consommations dans toutes les activités cliniques, une feuille « total établissement » permet de saisir les quantités globales d'antibiotiques dispensés dans les secteurs d'activité clinique faisant l'objet de la surveillance pour l'établissement dans son ensemble.

Exemples :

- un établissement ne souhaite pas détailler les consommations par secteur d'activité : seules les feuilles « total établissement » et « données administratives » sont à remplir ;
- un établissement ne souhaite pas détailler toutes les activités mais souhaite individualiser les consommations de réanimation : les feuilles « réanimation », « total établissement » et « données administratives » sont à remplir. La feuille « total établ automatique » ne sera alors pas prise en compte lors de l'analyse par le CCLIN.

RAPPEL !

La valeur des consommations d'antibiotiques par grand groupe d'antibiotiques selon la classification ATC, niveau 3 n'étant plus demandée lors du recueil des éléments constituant ICATB2, les graphiques et tableaux générés par le classeur Excel ont été modifiés pour mieux répondre aux objectifs d'analyse des consommations de certains antibiotiques ciblés.

Les actualisations ont porté sur :

- tableaux et graphiques ATC 3 : remplacés par des tableaux plus détaillés (découpage similaire au tableau 1 figurant dans la synthèse des résultats) et graphiques plus détaillés (découpage similaire à la figure 3 de la synthèse des résultats) : ces représentations plus détaillées, comparables aux tableaux et figures figurant dans les rapports interrégionaux et nationaux, permettent de situer les profils de consommation des antibiotiques les plus utilisés et d'antibiotiques ciblés (fluoroquinolones, céphalosporines de troisième génération, carbapénèmes).

- graphique sur la répartition des voies d'administration des fluoroquinolones : comporte désormais uniquement les antibiotiques qui sont proposés sous forme IV et orale : ciprofloxacine, ofloxacine, lévofloxacine, péfloxacine, moxifloxacine.

IV.6.5. *Volet optionnel : Données sur les résistances aux antibiotiques de certaines bactéries*

Les données à recueillir sont celles concernant les **prélèvements à visée diagnostique**, pour les secteurs d'activité concernés par l'enquête (cf IV.4) ; les prélèvements issus des activités exclues (cf IV.5) ne sont pas pris en compte.

Pour les espèces listées, sont relevés le nombre total de souches testées en 2013 vis-à-vis de l'antibiotique indiqué et le nombre de souches sensibles, après élimination des doublons, tous prélèvements confondus. Pour chaque couple bactérie-antibiotique surveillé, **le nombre minimal de souches testées doit être de 10**.

Un **doublon** est une souche isolée chez un malade pour lequel une souche de la même espèce et de même antibiotype (c'est à dire pas de différence majeure en terme de catégories cliniques S>R ou R>S pour les antibiotiques de la liste standard définie par le CA-SFM) a déjà été prise en compte durant la période de l'enquête quel que soit le prélèvement à visée diagnostique dont elle a été isolée (Recommandations méthodologiques pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les laboratoires de microbiologie, guide disponible sur Internet : www.onerba.org).

IV.7. Analyse des données

L'analyse des données interrégionales sera assurée par chacun des CCLIN. Les données nationales seront analysées par le CCLIN Sud-Ouest.
Les données de consommation, exprimées en nombre de DDJ/1 000 JH, sont décrites par type d'établissement, par secteur d'activité clinique, et pour chaque famille d'antibiotiques. La présentation détaillée des résultats doit permettre à **chaque établissement** participant de pouvoir se situer par rapport à un ensemble de structures comparables.
Les données de consommation exprimées en nombre de DDJ/100 admissions sont décrites pour les secteurs de court séjour et pour l'établissement dans son ensemble.

Un exemple d'aide à l'utilisation des données est proposé en annexe 4 (disponible aussi sur le site des CCLIN/ARLIN et de l'InVS).

Au niveau de **chaque établissement**, la démarche d'analyse des données comporte plusieurs étapes, après avoir vérifié la validité des données saisies (cohérence des données administratives, des quantités saisies), selon l'aide à l'interprétation des données présentée en annexe 4 :

- suivi dans le temps des consommations

- comparaison des valeurs observées localement par rapport aux valeurs des établissements de même type

- interprétation et discussion avec les professionnels concernés des actions à conduire.

Les données de résistance, exprimées en incidence ([nombre de souches testées - nombre de souches sensibles] / nb de JH x 1 000) et en % de résistance au sein de l'espèce ([nombre de souches testées - nombre de souches sensibles]/nb de souches testées x 100) sont décrites par type d'établissement.

Les données de consommations d'antifongiques seront décrites (distribution) pour les secteurs de réanimation, d'hématologie et pour l'ensemble de l'établissement, par type d'établissement.

IV.8. Diffusion des résultats

Les **résultats locaux** seront disponibles à partir des fichiers Excel de saisie. Il appartient à chaque établissement d'organiser la diffusion interne des résultats et de définir les actions complémentaires à mener (par exemple, enquête d'utilisation sur les fluoroquinolones si la consommation observée est élevée par rapport aux données de la surveillance interrégionale, audit de l'antibioprophylaxie…). Chaque année, un diaporama modifiable, permettant de situer les valeurs locales par rapport aux valeurs nationales, est mis à disposition sur le site du RAISIN et sur les sites internet du réseau CCLIN/ARLIN pour faciliter les présentations locales.

A partir de l'analyse interrégionale, le CCLIN élaborera un rapport général sur les résultats globaux **interrégionaux**, comportant la liste des établissements ayant participé à la surveillance. Ces rapports seront disponibles sur le site internet du CCLIN. Le rapport national synthétisant les données des 5 CCLIN sera diffusé sur le site du RAISIN et sur les sites internet du réseau CCLIN/ARLIN.

Documents, recommandations, et sites internet utiles accessibles à partir de la page « Antibiotiques » sur le site des CCLIN/ARLIN

► Campagnes ► Antibiotiques : http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Antibiotiques/Antibiotiques.html

REFERENCES

1. Ministère délégué à la Santé. Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, novembre 2001.
2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. 18 novembre 2011.
3. Institut de Veille Sanitaire. Propositions d'un plan national d'actions pour la maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Institut de veille sanitaire 1999.
4. Comité Technique national des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 1999.
5. Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
6. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.
7. Haute Autorité de Santé. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, Paris : HAS 2008 (actualisation du document de l'ANDEM de 1996).
8. Haute Autorité de Santé. Manuel V2010 de certification des établissements de santé, avril 2011.
9. Circulaire DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville.
10. Instruction DHOS n°2006-111 du 9 mars 2006 relative aux accords locaux pris en application de l'accord-cadre national d'amélioration des pratiques portant sur le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé.
11. Instruction n° 103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012 (ICATB2).
12. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Février 2011. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20110204_pnpeantibio.pdf
13. Conseil de l'Union européenne. Recommandation du Conseil du 15 novembre 2001 relative à l'utilisation prudente des agents antimicrobiens en médecine humaine. JOCE du 5 février 2002
14. Conseil de l'Union européenne « Emploi, politique sociale, santé et consommateurs ». Adoption de conclusions sur la résistance aux agents antimicrobiens. Luxembourg, 10 juin 2008. http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/08/st09/st09637.fr08.pdf
15. Commission européenne. Second report from the Commission to the Council on the basis of Member States'reports on the implementation of the Council recommendation (2002/77/EC) on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine. Avril 2010. http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/amr_report2_en.pdf
16. Commission européenne. Plan d'action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens. Communication de la Commission au Parlement Européen et au Conseil. COM (2011) 748. Novembre 2011.
17. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins. Qualité = préserver l'intérêt collectif sans nuire à l'intérêt individuel du patient. Conférence de consensus, mars 2002. Med Mal Inf 2002 ; 32 :320-8.
18. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation du contrat de bon usage mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
19. Réseau ATB-RAISIN. Surveillance de la consommation des antibiotiques, Résultats 2011, avec une synthèse et un diaporama de présentation. http://www.invs.sante.fr/raisin
20. HAS. Référentiel de pratiques professionnelles : Antibioprophylaxie périopératoire, juin 2005 sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Antibio_Perioperatoire_ref.pdf
21. SPILF. Evaluation des Pratiques Professionnelles : rubrique sur le site internet de la SPILF http://www.infectiologie.com/site/EPP.php.
22. Outils d'évaluation des pratiques : rubrique sur le site internet CCLIN-ARLIN : http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Antibiotiques/Antibiotiques.html
23. Nivoix Y, Launoy A, Lutun P, Moulin JC, Phai Pang KA, Fornecker LM, Wolf M, Levêque D, Letscher-Bru V, Beretz L, Ubeaud-Sequier G, Herbrecht R. Adherence to recommendations for the use of antifungal agents in a tertiary care hospital. J Antimicrob Chemother. 2012;67:2506-13.

DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT

Récapitulatif
à reporter dans la feuille « Données administratives » du fichier
« ConsoAB-national2013.xls »

Caractéristiques de l'établissement

CODE FINESS DE L'ETABLISSEMENT : |_____|

CODE FINESS JURIDIQUE : |_____|

TYPE D'ETABLISSEMENT : |_____|

CODE ANONYMAT : |_____|

Données administratives

	Nombre de lits	Nb de journées d'hospitalisation en 2013	Nb d'admissions directes en 2013*
Médecine *y compris soins intensifs (USI) et surveillance continue (SC)*			
Dont hématologie			
Dont maladies infectieuses			
Chirurgie *y compris USI et SC*			
Réanimation			
Gynécologie/Obstétrique			
Pédiatrie *y compris USI / réanimation, néonatologie, chirurgie, SSR…*			
Total secteurs MCO (hors psychiatrie)			
Soins de suite et de réadaptation			
Soins de longue durée			
Psychiatrie			
TOTAL établissement *(hors hospitalisation de jour)*			

* Le nombre d'admissions en secteur MCO et pour l'ensemble de l'établissement est recueilli pour l'année 2013.

RESISTANCES BACTERIENNES ENTRE LE 1ER JANVIER ET LE 31 DECEMBRE 2013

A saisir dans le fichier « Resistance-national2013.xls»

	Antibiotique testé	Nombre de souches testées*	Nombre de souches sensibles*	% de souches sensibles
Staphylococcus aureus	Oxacilline			
Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidime			
	Imipénème			
	Ciprofloxacine			
Enterobacter cloacae	Cefotaxime			
Escherichia coli	Cefotaxime ou ceftriaxone			
	Ciprofloxacine			

***Après élimination des doublons tous prélèvements confondus**

Définition du doublon : Un doublon est une souche isolée chez un malade pour lequel une souche de la même espèce et de même antibiotype (c'est à dire pas de différence majeure en terme de catégories cliniques S>R ou R>S pour les antibiotiques de la liste standard définie par le CA-SFM) a déjà été prise en compte durant la période de l'enquête quel que soit le prélèvement à visée diagnostique dont elle a été isolée (Recommandations méthodologiques pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les laboratoires de microbiologie, guide disponible sur Internet : www.onerba.org).

LISTE DES DOSES DEFINIES JOURNALIERES (DDJ) UTILISEES

Les doses définies journalières (DDJ) ou Defined Daily Doses (DDD) sont établies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elles correspondent à la dose moyenne quotidienne d'un traitement d'entretien pour un adulte de 70 kg d'une substance utilisée dans son indication principale.

Ainsi, les DDJ doivent être considérées comme des unités de mesure et ne reflètent pas nécessairement les doses journalières prescrites ou recommandées (notamment lors de la prise en compte de caractéristiques pharmacocinétiques ou de caractéristiques individuelles comme le poids, l'âge, l'insuffisance rénale…).

Malgré les critiques liées à l'absence de représentation fidèle du nombre de patients ou de traitements, les données de consommation présentées en nombre de DDJ permettent donc de donner une estimation générale de la consommation. Cette mesure permet de suivre les évolutions dans le temps pour un même établissement et, surtout, autorise également les comparaisons entre établissements à condition de prendre en compte des données d'activité et les éventuels changements de DDJ. En l'absence d'autre méthode simple et utilisable dans un ensemble de pays, y compris pour l'estimation des consommations en ville, l'utilisation des DDJ a été retenue au niveau européen dans le cadre du projet ESAC [European Surveillance of Antimicrobial Consumption, http://www.ua.ac.be/esac]. En France, cette modalité d'expression est recommandée dans le cadre du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques et la mise en place de l'indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales.

▶ Cas des associations (médicaments associant plusieurs principes actifs)

Les DDJ sont établies pour des substances actives seules. Les principes pour calculer les DDJ pour les produits combinés sont décrits dans le document « The Guidelines for ATC classification and DDD assignment » (sur le site Internet de « ATC/DDD system »). Le calcul des DDJ pour les médicaments associant plusieurs principes actifs consiste à les considérer comme une seule dose journalière indépendamment du nombre de composés actifs dans le produit. Toutefois, dans le cadre des antibiotiques, il est intéressant de considérer l'exposition aux deux composants.

Par exemple : Erythromycine/Sulfafurazole : la DDJ et la quantité d'érythromycine et de sulfafurazole seront prises en compte (calcul automatique dans le fichier proposé).

Pour certains produits, l'OMS exprime la DDJ en nombre de dose unitaire (UD, unit dose).
Par exemple : Sulfaméthoxazole/TMP : pour cette association, la conversion du nombre de doses unitaires préconisé par l'OMS équivaut à une DDJ exprimée en Sulfaméthoxazole de 1,6 grammes.

▶ Cas des médicaments pour lesquels il n'existe pas de DDJ

Pour les médicaments n'ayant pas de DDJ définie par l'OMS, la posologie moyenne quotidienne, d'après les résumés des caractéristiques du produit, est utilisée pour l'analyse des données de cette surveillance. Elles sont signalées dans le tableau ci-après.